ac

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Über
Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königlichen Christian-Albrecht-Universität in Kiel

vorgelegt von

Josef Wolff

Med. Prakt. aus Elberfeld.

Stanford Univer

Elberfeld 1907.
Wuppertaler Aktien-Druckerei.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Über
Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königlichen Christian-Albrecht-Universität in Kiel

vorgelegt von

Josef Wolff

Med. Prakt. aus Elberfeld.

Nr. 17.

Rektoratsjahr 1906/07.

Ref. Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Hensen,**
z. Zt. Dekan.

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit gewidmet.

Unter Hernia epigastrica versteht man denjenigen Bruch, der in der Regio epigastrica meist in oder dicht neben der Linea alba zwischen Processus xiphoideus und Nabel seinen Sitz hat.

Unsere Kenntnis dieses Bruches geht zurück auf Hippokrates, Celsus und Galen, die denselben gekannt haben. Aber erst im 18. Jahrhundert fing man an sich mit ihm näher zu beschäftigen. Garengeot 1743 bezeichnete zuerst diesen Bruch als „Magenbruch" und behauptete mit mehreren anderen französischen Autoren, daß der Magen oft den Inhalt dieser Brüche bilde. 1744 trat Günz (Leipzig) dieser Ansicht entgegen und vertrat die Meinung, daß Magen überhaupt nie in dem epigastrischen Bruch vorkomme. Viele Autoren stimmten ihm zu, so auch Richter 1785 in seiner ausführlichen Abhandlung. Wie sich jedoch die einen Autoren durch die Symptome des Bruches verleiten ließen die meisten Herniae epigastricae als Magenbrüche anzusehen, so gehen die anderen in der Verneinung des Vorkommens von echten Magenbrüchen zu weit; denn es sind unzweifelhaft solche Fälle in der Literatur veröffentlicht worden. Thomann hat 13 Fälle aus alter und neuer Literatur zusammengestellt, von denen zwar ältere Fälle nicht ganz einwandfrei sind. In der neuesten Literatur veröffentlicht Wiesinger einen ganz einwandfreien Fall, der durch die Sektion bestätigt wurde und außerdem das Interessante hat, daß es sich um einen akuten Magenwandbruch mit Ausgang in Gangrän handelt: „Der Fall, ein Mädchen von 5 Jahren, war irrtümlicher Weise von anderer Seite für Peritonitis tuberkulosa gehalten

und darauf 8 Wochen behandelt. Das Kind war zum Skelett abgemagert. Am 30. Oktober auf die chirurgische Station aufgenommen, stellte die Operation einen enormen, die Bauchwandschichten auseinanderdrängenden Absceß und eine von rosafarbener Schleimhaut umsäumte Fistel fest in der Linea alba, durch welche die Sonde unmittelbar in den Magen eindrang. Das Kind ging am 10. November an Inanition zu Grunde. Es handelte sich, wie auch durch die Sektion bestätigt wurde, um einen akuten Magenwandbruch mit Ausgang in Gangrän, ein Befund, wie er meines Wissens noch nicht erhoben worden ist." Wenn also so das Vorkommen echter Magenwandbrüche unzweifelhaft festgestellt ist, so sind sie doch sehr selten. Und es ist das Verdienst von Leveillé, der schon im Jahre 1812 den allgemeinen, nur den Ort bezeichnenden Namen „Hernia epigastrica" einführte.

Im Jahre 1851 veröffentlichte Vidal dann eine Arbeit, in der er den Unterschied von wirklichen Hernien und Fettbrüchen macht, was ihm Dittmer in seiner Dissertation als besonders großes Verdienst anrechnet. Meiner Meinung nach liegt für die Hernia epigastrica in praktischer Beziehung kein Grund vor eine solche Unterscheidung zu machen. Es handelt sich eben, wie ich nachher noch näher ausführen werde, bei den für einfache gestielte Lipome gehaltenen Hernien, wenigstens denen, die Beschwerden verursachen, um einen sehr kleinen Bruchsack, der am Fuße des Lipoms sitzt. Und zwar ist der Bruchsack oft so klein, daß er eben oft bei der Operation nicht gefunden worden ist. Ein gründliches Hervorziehen und Einschneiden der Geschwulst würde sicher in vielen Fällen einen Bruchsack festgestellt haben, wie es in allen unseren Fällen sich gezeigt hat, und wie ich es auch in der neuen Literatur bestätigt finde. Im Fall VII dieser Arbeit war kein Bruchsack vorhanden, dabei handelte es sich aber auch um ein Lipom, das vor der völlig intakten Aponeurose lag und gar keine Verbindung mit dem praeperitonealen Fett hatte. Durch die Operation wurden natürlich in diesem Falle die Magenbeschwerden auch nicht gehoben. In

manchen Fällen, bei denen kein Bruchsack gefunden worden ist, haben die betreffenden Operateure den Bruchsack anscheinend an einer falschen Stelle gesucht. Besonders in den Krankengeschichten der Dissertation von Ahlborn finden sich ganz unklare Ausdrücke hierüber. Wenn hier von einer Verkümmerung des Bruchsackes gesprochen wird, so mag das ja noch auf wirklichen Tatsachen beruhen. Schon Cloquet 1819 deutete die serösen Höhlen, die er und auch andere im Innern der praeperitonealen Limpome fanden, als Reste von Bruchsäcken, die durch das Umwachsen mit Fett komprimiert und obliteriert und vielleicht auch außer Zusammenhang mit dem eigentlichen Peritoneum gekommen sind. Das sind aber sicher seltene Fälle, bei denen der Bruch lange bestanden haben muß. In der genannten Arbeit von Ahlborn finden sich aber noch ganz andere Bemerkungen über das Peritoneum und seinen Inhalt, die mir zu beweisen scheinen, daß der Verfasser der Krankengeschichten keine genaue oder sogar eine falsche Anschauung von den epigastrischen Hernien hat. Der Betreffende sagt bei Fall VII „Der Inhalt des atrophischen Bruchsackes besteht aus einem taubeneigroßen Lipom", bei Fall VI „Bruchsack sehr dünn, nicht zu präparieren", Fall IV „Bruchsack verödet, Inhalt Lipom", Fall II „den Peritonealüberzug kann man nicht sehen". Augenscheinlich glaubt der Verfasser, daß das Peritoneum das Fett umgeben müsse, während es doch umgekehrt ist, das Fett umgibt den Bruchsack teilweise. Meiner Meinung nach hat wohl der Betreffende den Ausdruck „subserös" mißverstanden. Er hat nicht erkannt, daß damit praeperitoneal gemeint ist, sondern er glaubt anscheinend, daß das Fett von den Bauchdecken aus gerechnet unterhalb des Peritoneums liegen solle. In der Dissertation von Segger-Bethmann findet sich pag. 6 ein ähnlich unklarer Satz: „Was den anatomischen Bau der epigastrischen Hernien anbelangt, so liegen sie entweder frei unter der Haut oder sind mit Peritoneum bekleidet." Auch in der neuesten Literatur in einem Aufsatz von Rehn in der Deutschen Klinik findet sich folgende Stelle

„Die epigastrischen Hernien bestehen aus kleinen Lipomen des subserösen Zellgewebes, welche ein Bruchsack umhüllt. Das ist bisweilen alles was man findet. Ja, wenn man nicht genauer untersucht, kann ein kleiner dünner Bruchsack leicht übersehen werden und man glaubt einen reinen Fettbruch vor sich zu haben". Verfasser hat hier entweder den Bruchsack an falscher Stelle gesucht, oder es muß diese Stelle nur als ungenau ausgedrückt vorgesehen werden. So wie es hier steht, muß es den Unkundigen irre führen.

Cock 1850 sagt: „Es gibt nichts häufiger als Anschwellungen in der Linea alba, die einem Bruch gleichen, aber nur aus Fett bestehen, welches sich durch eine Spalte vorgedrückt hat". Daß aber diese Meinung nicht richtig ist, verdanken wir in erster Linie Bergmann, Lücke und besonders Witzel und Roth, die in den achtziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in ihren Arbeiten auf die große Bedeutung der epigastrischen Hernien hinweisen und durch klare Erörterungen die Kenntnis über dieselbe erweitert haben, so daß die Kenntnis dieser Hernien heutzutage zum Allgemeingut der meisten Aerzte geworden ist. Auch von der medizinischen Klinik widmet Bohland, nachdem die Chirurgen öfter an die inneren Kliniker diese Mahnung gerichtet hatten, diesen Hernien einen Aufsatz. Daß in jetziger Zeit denselben vielleicht manchmal zu viel Aufmerksamkeit geschenkt wird und dabei tiefere Leiden übersehen werden, darauf werde ich später zurückkommen

Wie ich oben sagte, versteht man unter Hernia epigastrica den in der Linea alba zwischen Nabel und Processus xiphoideus vorkommenden Bruch. Ueber die anatomischen Verhältnisse der Linea alba ist folgendes zu bemerken: In der Linea alba kreuzen sich die Aponeurosen der breiten Bauchmuskeln, nachdem sie die Rektusscheide gebildet haben, und bilden hier ein fibröses Geflecht, das oberhalb der Symphyse nur einige Millimeter in querer Richtung mißt, sich nach dem Nabel hin allmählich verbreitert, zugleich aber an Dicke von vorne nach hinten gemessen abnimmt. Oberhalb des Nabels

bis zum Schwertfortsatz nimmt diese Verbreiterung der weißen Linie bis auf 3 cm zu, und die Dicke nimmt noch bedeutend ab. Die Kreuzungsmaschen sind im allgemeinen sehr eng und lassen an einzelnen Stellen Gefäße und Nerven aus der Tiefe durch.

Diese anatomischen Tatsachen erklären es, weshalb die Herniae epigastricae im Verhältnis zu den Brüchen der weißen Linie unterhalb des Nabels so häufig sind. Nachdem die meisten Aerzte auf dieselben aufmerksam geworden sind, erhöht sich der Prozentsatz, der von Berger auf 1,37 Proz. der Brüche und von Bohland auf 1 Proz. der gesamten Kranken seiner inneren Poliklinik angegeben wird, immer mehr. Thies berechnet einen Prozentsatz von 4,65 Proz. der Brüche in den Jahren 1899—1902 an hiesiger Klinik. In der allerjüngsten Zeit vergeht an hiesiger Klinik kaum eine Woche, in der nicht eine Hernia epigastrica operiert wird, innerhalb der letzten 8 Wochen allein 7 Fälle.

Die Angabe älterer Autoren, daß diese Hernien beim weiblichen Geschlecht bedeutend häufiger seien als beim männlichen, ist längst durch viele statistischen Angaben widerlegt worden. Als treffendes Beispiel kann die hiesige Klinik angeführt werden. Unter 56 Fällen der Jahre von 1899 bis heute ist kein einziger weiblicher Patient. Man scheint früher zu den eigentlichen Brüchen die nur auf Diastase der Recti beruhenden Vorwölbungen der Bauchwand mitgerechnet zu haben und so mag das weibliche Geschlecht durch die manchmal entstehende Diastase der Recti in der Gravidität in die Ueberzahl gekommen sein. Witzel erwähnt zwar einen Fall, bei dem während der dritten Gravidität ein medianer Bauchbruch entstand, ob oberhalb oder unterhalb des Nabels gibt er nicht an. Das Alter ist meistens das mittlere zwischen 20 und 50 Jahren. Jedoch sind in hiesiger Klinik auch einige weit ältere Männer darunter, und auch mehrere jüngere Personen.

Ich komme damit auf die Aetiologie der Brüche in der Regio epigastrica zu sprechen. Roth gibt schon als ersten Grund an, einen im embryonalen Leben durch

irgend welche Störungen verursachten mangelhaften oder gar nicht erfolgten Verschluß der Bauchhöhle an irgend einer bestimmten Stelle oder eine angeborene Schwäche der Fascie der Linea alba und hereditäre Belastung. Unter der Literatur über Hernien im Kindesalter sind die Fälle von Cooper mit Recht viel zitiert worden, der pathologisch-anatomische Präparate über angeborenen Defekt der Linea alba besaß. Malgaigne hat bei einem Säugling einen solchen Bruch gesehen. Le Page berichtet über ein 3—4 Monate altes Kind, das genau an derselben Stelle oberhalb des Nabels einen Bruch gehabt hat wie sein Vater. Vidal gibt einen Fall von einem Säugling an, bei dem während eines Keuchhustens ein epigastrischer Bruch auftrat. Bei Jalade-Lafond und Walter ist ein Bruch im älteren Kindesalter verzeichnet. In der neuesten Literatur berichtet Keiler über einen mit Erfolg operierten epigastrischen Bruch bei einem 14 Tage alten Mädchen und Wiesinger über 2 akute Darmwandbrüche mit Ausgang in Gangrän bei einem $1^1/_4$ und bei einem 8jährigen Kinde. König hat auch 2 Herniae epigastricae bei einem 10- und 13jährigen Jungen operiert. Nehmen wir hierzu noch 3 unserer Fälle, von denen einer besonders schön ist, in dem es sich um einen 9jährigen Jungen mit 2 epigastrischen Hernien, der zugleich an Kryptorchismus litt, handelt, so glaube ich doch, daß kongenitaler Defekt oder angeborene Schwäche der Linea alba eine häufigere Ursache der Hernia epigastrica ist, als viele annehmen, besonders wenn man noch die von vielen Autoren beobachtete Häufigkeit der multiplen Hernien mit in Betracht zieht, was auch unsere Fälle zeigen. Daß die Aponeurose der Linea alba im oberen Teile an und für sich schon breiter und dünner ist, und man sich dadurch die Häufigkeit der Brüche oberhalb des Nabels im Gegensatz zu unterhalb erklärt, erwähnte ich oben.

Als ein weiterer Grund ist die schnelle Abmagerung des Körpers zu nennen. Die Tatsache, daß man in sehr vielen Fällen nach stärkerem Schwund des Fettes eine Hernia epigastrica findet, wobei natürlich die Fälle aus-

genommen werden müssen, bei denen die Abmagerung eben auf einer schon vorhandenen aber bis dahin unbemerkten Hernie beruht, hat zu der Theorie geführt, daß durch den Schwund des hier gewesenen Fettes Lücken in dem Maschenwerk der Linea alba entstehen, durch die dann ein allmähliges Austreten einer Hernie stattfinden könnte. Und zwar ist es hauptsächlich die Fettentwicklung um die kleinen Gefäße, die hier aus- und eintreten, die diese Lücken erweitert hat und bei dessen Schwund dann eine größere Lücke übrig bleiben wird.

In so angeborenen oder später entstandenen Lücken wird dann leicht ein kleines Fettträubchen des praeperitonealen Fettes eindringen und dieses bildet dann den ersten Anfang einer entstehenden Hernie. Diese Theorie, die ursprünglich von Cloquet stammt, ist später hauptsächlich von Roser vertreten worden. Das, wie Roth hervorhebt, auch bei Abgemagerten an der vorderen Bauchwand immer noch reichlich vorhandene praeperitoneale Fett tritt durch eine solche Lücke hindurch, breitet sich aus, da es hier weniger großem Druck als jenseits der Aponeurose ausgesetzt ist, und das vergrößerte Kopfende wird ein Zurückgehen des Geschwülstchens verhindern. Es wird das mit ihm durch einen Gefäßstiel verbundene Peritoneum ein wenig hinter sich herziehen. Es wird so eine ganz kleine Ausstülpung des Peritoneums entstehen, welche den ersten Anfang einer Hernie bildet. Nur eine geringe Vergrößerung dieser Ausstülpung des Peritoneums kann anscheinend schon die heftigsten Beschwerden hervorrufen, was zwar von vielen Autoren bestritten, aber von ebensovielen anerkannt wird. Roser nimmt an, daß das einmal durchgetretene Lipom einen weiteren Zug auf das Peritoneum ausübt. Schon Wernher glaubt nicht an diese weitere Ausstülpung durch Zug, der durch nichts erklärt wäre, sondern es ist ein einfaches Nachdrängen der dahinter liegenden Gewebe, wodurch vielleicht einige Fälle von ganz allmähliger Entwicklung erklärt werden können.

Eine größere Anzahl von Fällen kann durch einen erhöhten Druck von innen erklärt werden bei bereits

vorhandenen Lücken oder durchgetretenen Fettträubchen; denn öfter finden wir nach Perioden längeren Hustens oder auch bei plötzlichen heftigen Hustenanfällen, bei wieder anderen Kranken nach oder beim Erbrechen die ersten Zeichen einer Hernie.

Die bei weitem häufigste Ursache oder richtiger Mitursache, in manchen Fällen auch nur der Beginn der Beschwerden der epigastrischen Hernien ist die Gewalteinwirkung, sei es, daß sie durch einen kräftigen Stoß gegen die Bauchwand oder durch eine kräftige Muskelanstrengung ausgeübt wird. Abgesehen von der schon erwähnten größeren Breite und geringeren Dicke der Linea alba oberhalb des Nabels betont Roth noch, daß in der größten Längsausdehnung die Bauchwand nur von einer Aponeurose gebildet, und daß andererseits im Zwischenrippenraum die Aponeurose viel straffer eingespannt ist wie unten. So ist eine Ruptur der weißen Linie oberhalb des Nabels bei irgend einer Gewalteinwirkung verständlich. Witzel hat besonders häufig eine Hernie nach direktem Stoß gegen die Bauchwand oder durch Auffallen auf einen spitzen Gegenstand beobachtet. Unter unseren 56 Krankengeschichten finde ich nur 2 Fälle: in dem einen Fall war Patient ein Lowry gegen den Leib gefallen (Fall 1 in Segger-Bethmanns Dissertation), im andern Fall schlug Patient beim Fall von einem Gerüst auf einen harten Gegenstand auf und brach zugleich eine Rippe (Fall XIII in der Dissertation von Thies).

Bei weitem am häufigsten findet sich in unseren Krankengeschichten, wie auch schon Richter, Roth, Völkers und andere angeben, das Entstehen der epigastrischen Hernien bei schwerer körperlicher Arbeit durch den Zug der Bauchmuskeln besonders bei rückwärts gebeugtem Oberkörper. Bei rückwärts gebeugtem Oberkörper ist die Aponeurose straff gespannt, dazu tritt, um den Körper im Gleichgewicht zu halten, eine forcierte Anstrengung der gesamten Bauchmuskulatur, die dadurch die Aponeurose (von den Recti abgesehen) noch mehr spannen. Zugleich wird im Abdomen ein erhöhter Druck

hergestellt durch die Kontraktion der Muskeln und vielleicht auch durch die beim Heben schwerer Lasten meistens vorhandene gewisse Inspirationsstellung des Thorax. Man könnte sich so wohl erklären, daß eine Zerreißung der Aponeurose an ihrer schwächsten Stelle eintritt, auch dann noch, wenn man von einer Rückwärtsbeugung des Oberkörpers dabei absieht und nur eine Streckung desselben annimmt. Hierher gehören auch die Fälle von Auffallen aus größerer Höhe auf die Hacken bei rückwärts gebeugtem Oberkörper, wie wir sie in der Literatur mehrfach verzeichnet finden. Zu dieser Gewalteinwirkung müssen wir sicher in den meisten Fällen als begünstigendes Moment eine angeborene Lücke oder Schwäche der Bauchwand oder eine Spaltenbildung nach rascher Abmagerung oder ein durchgetretenes kleines praeperitoneales Lipom hinzunehmen, dann erklärt es sich, daß wir bei der arbeitenden Klasse und gerade bei Männern die Hernia epigastrica am häufigsten finden. Es mag hierzu noch bemerkt werden, daß in den rein traumatischen Fällen das praeperitoneale Lipom, daß dem Peritoneum sonst fast immer wie eine Kappe aufsitzt, fehlen müßte; bei den meisten als rein traumatisch angegebenen Fällen findet sich aber ein solches angegeben, so daß auch in diesen es wahrscheinlich ist, daß schon ein kleines Lipom hier vorher in die Aponeurose eingedrungen war.

Um diesen Punkt zusammenzufassen: Das Entstehen einer epigastrischen Hernie durch direkten Stoß oder Auffallen auf einen spitzen Gegenstand ist möglich. Beim schweren Heben oder ähnlicher körperlicher Anstrengung wäre es nicht undenkbar nach dem Vorhergesagten, daß es zu einer Zerreißung der Linea alba in ihrem oberen Teile kommen könnte, jedoch wird man, wenn man hierfür keine wichtigen Beweisstücke wie Bluterguß etc. hat, gut tun, als das Wahrscheinlichste anzunehmen, daß beim Entstehen einer Hernie nach einer solchen Anstrengung schon eine in den vorhergehenden Punkten angeführte Vorursache bestanden hat, oder daß sogar schon eine bis dahin symptomlos verlaufene Hernie bestanden hat.

Die Frage, ob in einem Falle die Gewalteinwirkung die Ursache der Hernia epigastrica ist, oder ob sie nur die Beschwerden einer schon bestehenden Hernie hervorgerufen, oder auch nur verstärkt hat, ist von großem praktischem Interesse in der Unfallversicherung. Ich möchte hier hinweisen auf 3 Obergutachten aus der „Sammlung ärztlicher Obergutachten aus den amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1897—1902", in denen von den ersten medizinischen Capacitäten diese Frage in Gutachten 2, 3 und 4 behandelt wird. In dem ersten Gutachten von Orth und Seidel handelt es sich um eine Hernia epigastrica, die durch Stoß mit einer Bohle vor die Magengegend entstanden sein soll und in dem die Gutachter die Möglichkeit eines solchen Entstehens zugeben und dem Patienten 75 Proz. Rente zuerkennen. In dem zweiten Gutachten kommt Rinne zu folgendem Ergebnis: „Das Dielentragen involviert keine solche Verletzung, die eine Zerreißung der Bauchwand bewirken könnte, vor allem halte ich für ausgeschlossen, daß S. hätte weiterarbeiten können, wenn der Bruch plötzlich entstanden wäre . . . ." Aus dem dritten Gutachten von König seien folgende Sätze erwähnt: „Ich habe auch nicht den geringsten Grund zu der Annahme, daß dieser Spalt, die Bruchpforte und das kleine Bruchsäckchen, an dem ein Stück des hier immer sehr reichlichen subserösen Fettes hängt, auch nur einmal auf traumatischem Wege entstanden ist. Ich suche vergeblich nach einem Anhaltspunkte, um zu begründen, daß an einer oder mehreren kleinen Stellen in der weißen Linie durch ein äußeres Trauma oder durch ein inneres in Gestalt sehr erhöhten abdominalen Druckes ein derartig kleiner Defekt entstehen könne. Das hat noch niemand bewiesen und kann mechanisch niemand beweisen. So sehe ich denn auch nicht den leisesten Grund, warum man nicht daran festhalten soll, wie man das früher tat, daß diese schmalen Spältchen lokale Atrophien der an sich schwachen Partie der Bauchwand darstellen, daß sie öfter sogar angeboren sind, wie der, welcher viele „Nabelbrüche" kleiner Kinder

operiert hat, bestätigen wird.“ König erklärt dann weiter unten, daß eine Druckerhöhung im Leibe aus den verschiedensten Ursachen, so auch durch starke Spannung der Bauchmuskeln, Eingeweide in einen schon bestehenden Bruchsack treiben könne. Er kommt zu der Ansicht, daß immer eine Lücke oder schon ein kleiner Bruchsack vorhanden gewesen sein muß, daß die Muskelanstrengung bei der Arbeit aber die Beschwerden hat auslösen können, ob sie das in dem betreffenden Falle getan habe, oder eine bestehende Verdauungsstörung, oder Nießen oder Husten, könne in dem Falle ärztlicherseits nicht entschieden werden . . . . Wie schwierig also die Beurteilung solcher Fälle für die Gutachter ist, geht zur Genüge aus diesen Auszügen der drei Gutachten hervor.

Schwieriger wird die Beurteilung noch dadurch, daß es gar keine wahren Hernien zu sein brauchen, die starke Beschwerden hervorrufen, sondern auch schon solche Fälle, bei denen nur das praeperitoneale Fett durch die Fascie als Bruchpforte durchgetreten ist, das Peritoneum dagegen noch nicht, von vielen deshalb als Fetthernien bezeichnet, machen erhebliche Beschwerden und sind auch in Bezug auf Behandlung und Beseitigung durch Operation genau so wie die wahren Hernien zu beurteilen, so daß, wie ich früher erwähnte, ein so scharfer Unterschied zwischen reinen Fettbrüchen und wahren Hernien in praktischer Hinsicht nicht gemacht zu werden braucht. Daß es Fälle gibt, in denen schon kleine Ausstülpungen des Peritoneums, auch wenn dasselbe die Fascie noch nicht passiert hat, Beschwerden machen und demnach genau so zu behandeln sind, als wenn es schon wahre Hernien wären, beweist eine Arbeit von Riedel. Er erwähnt zuerst einen Fall, bei dem es sich um ein ganz winziges durchgetretenes Fettträubchen handelte, das die schwersten Symptome mit heftigem Erbrechen verursachte, die aber sofort nach der Operation schwanden. Er sagt zwar, daß solch heftige Beschwerden bei kleinen Fettbrüchen selten wären und fährt dann fort: „Die Beschwerden werden stärker, wenn das Bauchfell den Spalt in der

Fascie passiert, sie sind aber auch schon vorhanden, bevor dies geschieht.“ Verfasser veröffentlicht dann weiter 2 Fälle von retrofascialen Hernien, bei denen die Beschwerden einer veritablen Hernie bestanden, die aber noch keine Lipome durch den Fascienspalt hindurch geschickt hatten. Er wurde eben nur durch die Beschwerden auf die Diagnose einer retrofascialen Hernie hingeführt und fand diese durch die Operation bestätigt. In dem ersten Fall handelte es sich um ein taubeneigroßes Lipom, das zwischen Fascie und Peritoneum sich befand und einen 2—3 cm langen Bruchsack beherbergte. Von diesem Lipom war nur ein winziges Fettträubchen durch die Aponeurose durchgetreten und Riedel konnte es nur durch die verschiedene Farbe von der Umgebung unterscheiden. In dem zweiten Fall handelte es sich um eine $1^1/_2$ cm lange mit breitem Halse endigende Ausstülpung des Peritoneums unter die hintere Scheide des Musculus rectus abolomìnís sinister. In beiden Fällen hatten heftige Beschwerden ähnlich einer wirklichen Hernie bestanden, und wurden durch die Operation beseitigt. König ist ganz anderer Ansicht und sagt sogar, wahre Hernien könnten nur dann Beschwerden hervorrufen, wenn sie Inhalt hätten und meint, daß durch Hernien ohne Inhalt nur lokaler Schmerz hervorgerufen werden könne, und daß nach ihren Erfahrungen Brüche, die Magenbeschwerden hervorrufen, regelmäßig in der Tiefe des Bruchsacks einen kleinen Netzklumpen mit einem Stiel haben oder bei ihnen ein Netzstrang entweder im Bruchsack oder an der Bruchpforte angewachsen sei. Unsere Fälle bestätigen dies nicht, denn wo weder Inhalt noch Verwachsungen des Netzes vorhanden sind, wonach in hiesiger Klinik bei jeder Operation gefahndet wird, waren sonstige Beschwerden und auch solche von Seiten des Magens vorhanden und schwanden nach der Operation. Die Beschwerden bei diesen kleinen Ausstülpungen werden von den meisten Autoren als reflectorischen Ursprungs durch die Zerrung des sehr empfindlichen Peritoneums aufgefaßt. Bei größeren Brüchen mit Inhalt lassen sich die Symptome ja leichter erklären. Verwachsungen des

Netzes, Stränge, die meistens nach der großen Kurvatur des Magens oder dem Colon transversum hinziehen, werden durch die Bewegungshinderung des Magens und durch die Zerrung dieser Stränge bei gefülltem Magen leicht schwerere Symptome hervorrufen können.

Ich kann mich nach diesen Ausführungen bei Beschreibung der Brüche selbst kurz fassen. Die Größe der Brüche ist verschieden, von Erbsengröße bis Apfelgröße oder sogar Kindskopfgröße. Auch noch weit größere sind vereinzelt beschrieben worden. Bei weitem am häufigsten sind die kleinen, wie es unsere Krankengeschichten zeigen.

Die Bruchpforte wird gebildet von der Aponeurose der Bauchmuskeln und ist, wie es der anatomische Bau dieses fibrösen Gewebes bedingt, meistens quergestellt. Oft nur ein schmaler Schlitz bis zu 2 cm Länge oder mehr, ist sie bei älteren Brüchen auch oft abgerundet oder kreisrund.

Der Bruchsack wird gebildet von dem Peritoneum und ist entweder lipomatös entartet, oder es sitzt ihm ein praeperitoneales Lipom auf. Daß er oft sehr klein und erst nach weiterer Eröffnung der Pforte, Hervorziehen des Lipoms und Einschneiden desselben zu finden ist, ist schon erwähnt. Die weiteren Hüllen des Bruches sind die Fascia transversalis, die oberflächliche Bruchfascie, das subcutane Bindegewebe und die Haut, die bei längerem Bestehen des Bruches nicht selten miteinander verwachsen.

Der Bruchinhalt ist meistens Netz, wie unsere Fälle bestätigen, das nicht selten mit dem Bruchsack verwachsen ist. Daß Magen, das heißt eine seitliche Ausstülpung der Magenwand, der Inhalt sein kann, ist oben erwähnt. Etwas öfter ist Colon oder Dünndarm darin gefunden worden. Bonnet berichtet über Autoren, die das Ligamentum falsiforme als Inhalt sahen. In dem einen Falle lag neben dem Ligamentum hepatis und einem Netzstück die obliterierte Nabelvene. Hubbauer berichtet über einen Fall, bei dem Gallenblase mit einem Gallenstein mit incarceriert gewesen ist und zur Steigerung der Einklemmungs-

erscheinungen geführt hat. Lanz beschreibt ebenfalls die Incarceration einer Gallenblase in einer Hernia epigastrica. Greiffenhagen erwähnt einen Fall von „Strangulationsileus einer Hernia epigastrica“ und Wendel einen Fall von „Torsion eines Fettbruches und seine Folgen“. Daß auch selten Einklemmungen mit Ausgang in Gangrän vorkommen, zeigen die Fälle von Wiesinger. Sehr oft hat der Bruchsack gar keinen Inhalt.

Die Symptome setzen je nach dem langsamen oder plötzlichen Entstehen des Bruches verschieden heftig ein. Das wohl fast niemals fehlende Symptom ist der lokale Druckschmerz der Hernie und öfter auch ihrer Umgebung. Schmerzen bei jeder schwereren Arbeit und, wie Bohland betont, beim Bücken sind in der Regio epigastrica oft vorhanden, die von hieraus nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlen können. Dazu kommen die sehr häufigen Beschwerden von Seiten des Magens. Die Patienten klagen über Verdauungsschwäche, Schwere im Magen nach dem Essen, saures Aufstoßen, Brechreiz, manchmal Erbrechen, Schmerzen bald hier bald dort im Leibe, meistens aber in der Magengegend, unregelmäßiger Stuhlgang, Diarrhöen abwechselnd mit Verstopfung. Wichtig ist, daß die Beschwerden meistens gleich oder bis 1 Stunde nach dem Essen auftreten. Die Patienten magern ab, werden mißmutig, weil sie oft von keinem Arzte Hülfe bekommen, und werden von der Umgebung für Querulanten oder Hypochonder gehalten. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Hernien manchmal auch keine Beschwerden machen und sie dann zufällig entdeckt werden, es mag dies auf die individuelle Empfindlichkeit des Einzelnen zurückzuführen sein. In der Hauptsache sind es schwere Symptome, die eine rechtzeitige Diagnose wünschenswert erscheinen lassen.

Bei plötzlichem Auftreten der Hernie werden die lokalen Schmerzen und der Befund leicht die richtige Diagnose ermöglichen. Schwieriger ist sie bei längerem Bestehen der Hernie. Sobald die vorhergenannten Symptome auf eine solche hinweisen, soll man den Patienten

am besten in aufrechter Stellung mit etwas nach vorn geneigtem Oberkörper untersuchen. Die Inspektion auch im Profil bei ruhiger Atmung oder beim Husten wird meistens schon die Hervorragung erkennen lassen. Daran schließt sich eine genaue Palpation, der kaum jemals ein wenn auch noch so kleines Geschwülstchen entgehen wird schon durch die mehr oder weniger große Druckempfindlichkeit desselben. Meistens kann man bei etwas größeren Hernien nach Zurückbringen derselben auch die Oeffnung in der Aponeurose konstatieren, in der gegen den aufgelegten Finger beim Husten oder Pressen ein mehr oder weniger großer Anprall stattfindet. Als Symptom von Darminhalt hat Lenhoff ein dem Hydatidenschwirren ähnliches spritzendes Gefühl angegeben, welches die drückende Hand als Zeichen des zurückgedrängten Darminhalts empfindet. Differentialdiagnostisch kommen die gesamten Krankheiten des Magens in Betracht, hier wird der objektive Befund entscheiden. Ganz besonders möchte ich hier auf das Ulcus ventriculi hinweisen. Hauptsächlich den lokalen Druckschmerz und die Abhängigkeit der Beschwerden von der Nahrungsaufnahme haben beide Krankheitsbilder gemein und es kann leicht zu einer Verwechslung beider kommen.*) Daß man aber auch bei bestehender Hernia epigastrica, die die Beschwerden erklärt, nicht ohne weiteres jede Magenerkrankung ausschließen darf, dafür als Beleg

*) Während des Druckes dieser Arbeit habe ich einen besonders hübschen derartigen Fall erlebt während meiner Ableistung des praktischen Jahres an der inneren Abteilung der Städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld, den ich hier erwähnen möchte. Es handelte sich um einen schon etwa drei Wochen wegen Ulcus ventriculi behandelten Patienten, bei dem trotz Diät etc. die Beschwerden nicht nachlassen wollten, und bei dem ich trotz genauester Untersuchung keine Hernia epigastrica entdecken konnte. Der Patient kam schon in den Verdacht der Simulation, als bei der begreiflicher Weise vorher unterlassenen Aufblähung des Magens eine kleine epigastrische Hernie sich vorwölbte und damit die Erklärung für die Beschwerden gegeben war. Ich möchte im Anschluß hieran nicht unerwähnt lassen, wie häufig ich gerade auf der inneren Abteilung hier Herniae epigastricae zu Gesicht bekam, die von den praktischen Aerzten nicht erkannt waren.

sollen einige aus hiesiger Klinik stammende Fälle ausführlich besprochen werden. Auch einfache Lipome, die gänzlich vor der Aponeurose liegen, können zu diagnostischen Irrtümern führen, wie in einem unserer Fälle. Erwähnt sei hier auch noch ein interessanter Fall von Bauchwandcarcinom, bei dem die Diagnose Hernia epigastrica gestellt war, ein Fall, der von Helferich in der Chirurgischen Klinik zu Greifswald operiert und beobachtet worden ist, und den Göbell damals veröffentlicht hat.

Als therapeutische Maßnahmen wurden früher vielfach Bandagen empfohlen, die aber nie dauernden Nutzen bringen werden, sondern oft durch Druck den Schmerz noch steigern. Die einzig richtige Therapie ist die Radicaloperation, dem auch Bohland von der inneren Medizin vollkommen zustimmt. Und zwar ist die Operation auszuführen sowohl bei eigentlichen Hernien als bei jedem Fettbruche, der nur irgend welche Beschwerden macht; denn eine Gefahr besteht bei der heutigen Asepsis nicht mehr. Wie Witzel ganz richtig bemerkt, brauchen die schlechten Resultate der voraseptischen Zeit keine Erwähnung zu finden. Die Operation wird ausgeführt, wie sie in allen unseren Krankengeschichten zu finden ist:

Nach Längsschnitt durch die Haut über die Geschwulst sorgfältiges Freipräparieren derselben und des Bruchringes. Eröffnung des Bruchsackes, beziehungsweise Einschneiden des Lipoms, bis daß man eventuell nach Erweiterung der Bruchpforte den Bruchsack eröffnet. Zurückbringen des Inhalts in die Bauchhöhle, sorgfältiges Forschen nach Verwachsungen in der Umgebung der Bruchpforte und Lösung derselben. Nach leichtem Hervorziehen des Peritoneums, Abbinden des Bruchsackes am Bruchsackhals mit Tabaksbeutelkatgutnaht, Abtragung des Bruchsackes und des Fettes. Sorgfältige Naht der Aponeurose mit Silberdrahtnähten in der Richtung von oben nach unten, dazwischen Katgutknopfnähte. Fasciennaht, Naht des Unterhautzellgewebes, Hautnaht-Heftpflasterverband.

Die Prognose ist durchaus günstig. Die Heilung erfolgt in wenigen Tagen. Rezidive sind von Witzel in 5 von Le Page in 3 Fällen angegeben. In unserer Klinik sind bei der exakten Operationsmethode keine Rezidive zu verzeichnen. Die Beschwerden schwinden in fast allen Fällen gänzlich, so daß die Patienten sich oft wie neugeboren fühlen.

Vorsichtig soll man jedoch seine Prognose stellen und nur dann sie als durchaus günstig bezeichnen, wenn man jedes Magenleiden ausschließen kann. Hierfür sind die am Schlusse der Arbeit veröffentlichten sehr interessanten Fälle sehr lehrreich.

Zunächst sei es mir gestattet, 18 Krankengeschichten einer Reihe typischer Fälle hier ganz kurz zu besprechen. Die Krankengeschichten hier ausführlich anzuführen würde die Arbeit zu sehr verlängern, auch würden sich die Hauptsachen in jeder Krankengeschichte wiederholen, so daß ich hier nur unsere Fälle nach den vorher erwähnten Gesichtspunkten besprechen werde. Die Krankengeschichten stammen aus der hiesigen Klinik aus den Jahren 1903—1905. Die Krankengeschichten der Fälle von 1899 an, seitdem Herr Geheimrat Helferich der verdienstvolle Leiter der hiesigen Klinik ist, sind in den Dissertationen von Segger-Bethmann Kiel 1900 und Thies 1903 veröffentlicht, auf die ich schon hingewiesen habe.

In allen Fällen handelt es sich um Personen männlichen Geschlechts, von denen die Erwachsenen alle der schwer arbeitenden Klasse der Bevölkerung angehören. Es stehen im Alter von 1—10 J.: 1 Pat., 10—20 J.: 3, 20—30 J.: 2, 30—40 J.: 2, 40—50 J.: 6, 50—60 J.: 2, 60—70 J.: 1, 70—80 J.: 1 Patient.

Als Entstehungsursache kommt congenitale Anlage in Betracht in 3 Fällen, von denen zwei zwar nicht einwandfrei sind, der letzte aber um so beweiskräftiger ist. Trauma durch Stoß oder Fall ist in keinem Fall vorhanden. Nach Heben oder Tragen schwerer Gegenstände entstanden sind 6 Fälle, von denen besonders ein Fall zeigt, daß vorher schon ein durchgetretenes

praeperitoneales Lipom vorhanden war. Die Rosersche Theorie ist bestätigt durch mehrere Fälle, abgesehen davon, daß Roser ja den Zug des Lipoms als Ursache annimmt, wir aber einen Druck von innen als Ursache für das Durchtreten des Peritoneums hinter dem Lipom angenommen haben. Husten ist als Mitursache zu betrachten in 2 Fällen, Erbrechen in einem Fall. Nach Abmagerung sind besonders 2 Fälle entstanden. Bei mehreren Fällen sind leider keine genauen anamnestischen Angaben vorhanden.

Mehrere epigastrische Hernien zugleich sind bei 3 Fällen vorhanden, Kombination mit anderen Hernien bei 2 Fällen.

Die Größe der Brüche schwankt zwischen Erbsen- und Handtellergröße. Der Bruchsack ist als lipomatös verändert bezeichnet in 4 Fällen, in allen anderen Fällen sind mehr oder weniger große praeperitoneale Lipome vorhanden.

In 4 Fällen lag der Bruchsack noch retrofascial und es waren doch bedeutende Beschwerden vorhanden. Diese Fälle stützen die genannte Anschauung, daß auch scheinbar reine Fettbrüche als Anfänge kleiner Hernien zu betrachten sind und, wenn sie Beschwerden machen, genau so wie wirkliche Hernien zu behandeln sind.

Der Inhalt der Brüche ist in 5 Fällen Netz, in den übrigen 13 Fällen wurde der Bruchsack leer gefunden. Das Netz ist verwachsen bei einem Fall. Reponierbar sind die Hernien in 4 Fällen, in den übrigen nicht. Schwere Incarcerationserscheinungen traten nur in einem Fall auf.

Die Bruchpforte ist meistens ein schmaler Spalt bis $2^1/_2$ cm Länge, in mehreren Fällen rund oder oval. Die Bruchpforte liegt entweder in der Linea alba oder dicht daneben. Der Sitz derselben verteilt sich gleichmäßig auf die Strecke zwischen Nabel und der Mitte der Nabel-Schwertfortsatzstrecke. Nach oben von dieser Mitte befand sich die Hernie nur in einem Fall.

Die Beschwerden sind in 11 Fällen rein lokaler Natur, darunter strahlen die Schmerzen in 3 Fällen nach den verschiedensten Richtungen aus. In 7 Fällen sind

Magenbeschwerden vorhanden, darunter Erbrechen in 4 Fällen.

Besonders hinweisen möchte ich hier auf 5 Fälle. Bei diesen sind Magenbeschwerden vorhanden bei leerem Bruchsack und ohne daß Netzverwachsungen vorhanden sind. Bei einem Fall ist dies durch die Autopsie bestätigt und auch, daß die Magenbeschwerden nicht auf einer Erkrankung des Magens selbst beruhen. Diese Fälle beweisen, daß die Ansicht von König, daß bei Magenbeschwerden wenigstens Netzadhaesionen vorhanden sein müssen, nicht unseren Krankengeschichten entspricht, sondern daß auch durch die Zerrungen des Peritoneums allein reflektorisch Magenbeschwerden ausgelöst werden können.

Diagnostische Schwierigkeiten liegen in keinem der Fälle vor, trotzdem sind 3 Fälle von den praktischen Aerzten nicht erkannt worden und 6 von ihnen mit Arznei- oder sonstigen Mitteln kürzere oder längere Zeit behandelt worden.

Die Operation wurde überall in der oben angeführten Weise ausgeführt. Der Heilungsverlauf wurde nur bei einem 79 Jahre alten Pat. durch eine eingetretene Pneumonie und Pyonephrose gestört.

Bei den 15 Pat., die ich persönlich untersucht, oder die auf meine schriftlich an sie gerichteten ausführlichen Fragen geantwortet haben, ist kein einziges Rezidiv aufgetreten. Zweifelhaft ist höchstens ein Fall, bei dem Pat. angibt, daß bei schweren Arbeiten die Narbe etwas anschwillt. In einem Fall sind Beschwerden durch den Silberdraht aufgetreten, die jedoch nach der Inkrustation desselben von selbst wieder geschwunden sind. Ueber derartige Beschwerden habe ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur nichts gefunden. In hiesiger Klinik ist dagegen noch ein zweiter Fall zu verzeichnen. Bei Fall II von Segger-Bethmann hatten sich Beschwerden durch einen spitzen unter der Haut fühlbaren Draht eingestellt, der deswegen im April 1904 (nach $4^1/_2$ Jahren) entfernt werden mußte.

Nicht die geringsten Beschwerden sind jetzt bei 6 unserer Pat. vorhanden. Geringe Magen- oder Verdauungsbeschwerden bestehen bei 6 Pat. Teilweise sind diese auf das hohe Alter der Betreffenden zurückzuführen, bei einem Fall auf die allgemeine Schwäche des Pat. Lokalen Schmerz bei sehr anstrengender Arbeit geben 5 Pat. an. Die Ursache hiervon kann vielleicht im Silberdraht liegen wie in obigem Fall, dann werden die Beschwerden wahrscheinlich von selbst schwinden, oder man wird vielleicht auch nicht fehlgehen, wenn man bei den Angaben an bestehende oder in Aussicht genommene Invaliditätsansprüche denkt.

Bei allen Pat. sind die Beschwerden jetzt auf jeden Fall bedeutend geringer wie vor der Operation. Die durchaus günstigen Erfolge lassen die Radikaloperation, wie sie an hiesiger Klinik ausgeführt wird, wohl als die beste ansehen und sie ist demgemäß zu empfehlen.

Die Bedeutung der Hernia epigastrica ist also eine sehr große und mit Recht wird sie von allen Aerzten gewürdigt. Wie ich jedoch schon oben bemerkte, soll man bei einer bestehenden Hernia epigastrica nicht gleich alle Beschwerden auf diese beziehen, sondern dabei die Untersuchung des übrigen Menschen nicht außer Acht lassen. Besonders soll man bei Magenbeschwerden diese nicht ohne weiteres auf die Hernie beziehen. Bei den vorher angeführten 18 Fällen bestanden nur bei 7 also nur bei 39 Proz. Magenbeschwerden. Dieser verhältnismäßig geringe Prozentsatz läßt an uns die Mahnung ergehen, die Beschwerden nur dann auf den Magen zu beziehen, wenn wir jede Erkrankung des Magens selbst ausschließen können. Wie also mit Recht oft darauf hingewiesen worden ist, daß bei Magenbeschwerden an eine Hernia epigastrica gedacht werden muß, so will ich jetzt umgekehrt an Hand einiger Krankengeschichten zeigen, daß bei einer mit Magenbeschwerden verbundenen Hernia epigastrica an eine ernste Magenerkrankung gedacht werden muß.

Meistens scheint das Carcinoma ventriculi oder oesophagi öfter neben einer Hernia epigastrica zu bestehen. Ob es sich in solchen Fällen um eine durch die Abmagerung oder das Erbrechen sekundär entstandene Hernie handelt, müßte erst an Hand einer größeren Anzahl von Fällen erforscht werden.

In der Literatur finde ich nur wenige Angaben über das gleichzeitige Vorkommen von Hernia epigastrica und Carcinoma ventriculi und, wo solche vorhanden sind, wird meistens vielleicht nicht mit dem nötigen Nachdruck darauf hingewiesen. In den Krankengeschichten von Fröhlich ist bei Fall VII gesagt: „1/4 Jahr später an Carcinose gestorben", bei Fall V sagt der Verfasser, daß wahrscheinlich Pyloruscarcinom vorliege. In der neuesten Literatur weist König darauf hin, daß die Hernia epigastrica nach Brechbeschwerden auftreten könne, „da wir sie wiederholt als Begleiterscheinung von Carcinoma pylori sahen." Rehn weist in der Deutschen Klinik auch auf das Carcinoma pylori hin in dem Artikel über die Hernia epigastrica, dagegen meint Bohland, er glaube nicht recht an das Entstehen einer Hernia epigastrica nach Erbrechen, er habe nur ein einziges Mal den Fall gesehen bei der großen Anzahl von Kranken mit Erbrechen, die in seiner Behandlung waren; also scheint er auch das Zusammentreffen von Carcinoma ventriculi und epigastrischer Hernie kaum beobachtet zu haben. Witzel ist der einzige, der deutlich darauf hinweist, daß nach Konstatierung eines Bauchbruches umgekehrt eine sorgfältige Berücksichtigung etwaiger Erkrankungen des Intestinalkanals besonders des Magens stattfinden muß." Witzel weist auch schon darauf hin, daß man bei der Operation einer Hernia epigastrica bei einem Verdacht auf Magencarcinom vor der Operation bei dem Patienten auf die Erlaubnis dringen solle, eventuell die nötigen chirurgischen Eingriffe tun zu dürfen. Es bietet ja in solchem Fall keine Schwierigkeit mit der Bruchoperation eine genaue Abtastung des Magens zu verbinden und dadurch die Diagnose sicher zu stellen.

Wie genau auf ein etwa vorhandenes Carcinom in hiesiger Klinik geforscht wird, mögen die beiden ersten Fälle zeigen. In dem ersten Falle wurde eine Geschwulst im Epigastrium als mit einem Carcinom zusammenhängend angesehen nach dem örtlichen Befund und besonders dem des Magens, die sich dann bei der Operation als eine einfache Hernia epigastrica herausstellte. In dem zweiten Fall war nach dem Befund des Magens sogar als wahrscheinlich anzunehmen, daß keine Neubildung des Magens vorlag, zur Sicherung der Diagnose wurde jedoch trotzdem eine Probelaparotomie mit der Operation der Hernie verbunden; daß der Eingriff hier nicht unberechtigt war, zeigen die auch jetzt noch vorhandenen Beschwerden des Patienten. Man würde sich vielmehr nachher einen Vorwurf gemacht haben, wenn Patient nach einiger Zeit mit denselben Beschwerden wiedergekommen wäre, und man die Probelaparotomie unterlassen hätte. So konnte man sich mit Genugtuung sagen, daß man alles, was in der Macht des Chirurgen lag, für das Wohl des Patienten getan hatte.

Fall I.

Anamn.: Arbeiter Johann Gelzinus, 38 Jahre, Lägerdorf. Aufnahme 2. 2. 04.

Am 27. Januar bekam Pat. plötzlich bei der Arbeit Schmerzen in der Magengegend aus unbekannter Ursache. Da diese, wenn auch weniger heftig, anhielten, setzte er am nächsten Tage mit der Arbeit aus. Der konsultierte Arzt empfahl die Aufnahme in die Klinik. Magenbeschwerden bestehen schon seit $^1/_2$ Jahre. Pat. ist in letzter Zeit ziemlich abgemagert.

Status: Kräftig gebauter, über seine Jahre alt aussehender Mann. Magengegend etwas vorgewölbt. In der rechten Parasternallinie fühlt man etwa 2 Finger breit über dem Nabel eine harte Resistenz, die nach oben in die Leber überzugehen scheint, am unteren Rand finden sich 2 bewegliche Zacken, die druckempfindlich sind. Sie wird beim Husten etwas vorgewölbt. Es gelingt ohne Mühe, die Resistenz auf der Höhe der Inspiration zu fixieren; die Aufblähung des Magens ergibt große Kurvatur daumenbreit über dem Nabel. Durch die Aufblähung wird die Geschwulst deutlicher. Nach $^3/_4$ Stunden vom Probefrühstück nur noch Spuren gut verdauten Mageninhalts. Keine freie H Cl, wenig Milchsäure.

Operation 6. 2. Schnitt in der Mittellinie des Epigastriums. Die Geschwulst erweist sich jetzt als ein lateral verlagerter adipöser epigastrischer Bruchsack. Eröffnung des Bruchsackes. Kein Inhalt. Abtastung des Magens nach Erweiterung der Bruchpforte ergiebt keine Neubildung des Magens. Tabaksbeutelnaht, Abtragung, Silberdrahtnaht der Aponeurose, Wundnaht, Verband.

27. 2. Heilung p. p.; völlig beschwerdelos entlassen.

März 1906: Pat. nicht aufzufinden.

Fall II.

Anamn.: Arbeiter Hermann Buddelmann, 49 Jahre, Krummendeich. Aufnahme: 13. 7. 05.

Seit 7. Januar 1905 hat Pat. Schmerzen im Leib, die besonders beim Liegen auftreten aber allmählich nachließen. Die Schmerzen ziehen von der Magengegend zur Symphyse, von der Nahrungsaufnahme unabhängig. In der ersten Zeit Unregelmäßigkeiten des Stuhles vorhanden (ganz harter Stuhl mit mehrtägigen Pausen), in letzter Zeit Stuhl in Ordnung. Appetit unregelmäßig. Seit Beginn der Krankheit 22 Pfund abgenommen; da die medikamentöse Behandlung keine dauernde Besserung bringt, wird Pat. in die hiesige Klinik geschickt.

Status: Kleiner, mäßig genährter Mann. Leistendrüsen rechts und links leicht vergrößert. Abdomen weich, überall tympanitischer Schall. Durchgehende Diastase der Recti. Kleine Hernia epigastrica dicht oberhalb des Nabels. Im Nabel kleine Hernie.

Magenuntersuchung: Probefrühstück mäßig verdaut. Keine freie H Cl, keine Milchsäure. Probemahlzeit ist nach 5 Stunden verschwunden. Dicke Schlundsonde gleitet fast ohne Hindernis in den Magen. Aufgebläht reicht der Magen bis zum Nabel. Am Magen kein Tumor nachweisbar.

Auch nach Abführen ist die Flexura sigmoidea gefüllt, deshalb Verdacht auf hochsitzendes Rectumcarcinom. Aber Proctoskopie bis 20 cm hoch, weist bis an die Flexur normale Schleimhaut nach.

Nachdem die Untersuchung ergeben hat, daß mit Wahrscheinlichkeit keine Neubildung am Magen und Colon vorhanden ist, wird beschlossen, die epigastrische Hernie zu beseitigen und mit der Radicaloperation eine Probelaparotomie zu verbinden.

Operation 19. 7. Medianschnitt, eliptische Umschneidung und Extirpation des Nabels. Hier kleiner Bruchsack mit Netzadhäsionen, desgleichen 2 cm oberhalb Bruchsack mit Netzadhäsionen. Peritoneum eröffnet. Untersuchung der Bauchorgane: Magen etwas dilatiert, aber keine Pylorusstenose, kein Tumor am Magen oder Colon, Gallenblase normal. Deshalb Schluß der Bauchhöhle. Sorgfältige Naht in der Nabelgegend. Silber- und Katgutnähte ab-

wechselnd, oberhalb Peritonealkatgutnaht und Fascinenkatgutnaht und Silbernaht. Hautzwirnnaht. Verband.

29. 7. Völlig reaktionsloser Verlauf. Entfernung der Nähte.

10. 8. Mit Leibbinden entlassen.

März 1906 Schriftliche Auskunft: Bruch nicht wieder aufgetreten. Beschwerden sind immer noch dieselben. Klagen über Schwere und Druckgefühl in der Gegend der vom Bruchschnitt herrührenden Narbe. Der Magen verträgt nur leichte Kost. Fett überhaupt nicht. Stuhlgang träge. Arbeitsunfähigkeit.

In den nächsten 4 Fällen sind die mit der Hernia epigastrica verbundenen Complicationen gleich erkannt worden, und die Therapie hat sich danach gerichtet. Anamnese und Befund ließen die Diagnose leicht stellen. Im Fall III handelt es sich um ein Oesophagusdivertikel, in Fall IV um ein Carcinoma ventriculi inoperabilis (kleine Kurvatur), im Fall V um ein Carcinoma ventriculi inoperabilis (hintere Wand), im Fall VI um eine Oesophagustenose (Ca).

Fall III.

Anamn.: Arbeiter August Magnussen, 42 Jahre, Kiel. Aufnahme 27. 5. 03.

Seit 3 Jahren leidet Pat. an Magenbeschwerden, häufiges Erbrechen, stark riechender Massen und von reichlichem Schleim; Aufstoßen. Die Beschwerden stellen sich hauptsächlich nach dem Essen ein, besonders nach Genuß von schwerverdaulichen Speisen. Bei leerem Magen fühlt sich Pat. am wohlsten. Appetit schlecht, Stuhlgang stark angehalten. Bei der Arbeit keine wesentliche Steigerung der Schmerzen. In letzter Zeit sehr abgemagert.

Status: Kräftig gebauter Mensch mit nur sehr geringem Fettpolster. In der Linea alba in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz Zweimarkstückgroße flache Vorwölbung der Bauchwand, die sich ziemlich weich anfühlt und sich bei Hustenstößen etwas vergrößert. Die Haut über der Geschwulst ist verschieblich. In der Bauchwand ist keine Lücke fühlbar. Reposition ist möglich.

Etwas unterhalb des rechten Rippenbogens, 3 Finger breit von der Medianlinie entfernt, eine etwas kleinere, sich ähnlich verhaltende Geschwulst, die aber auf der Unterlage gut verschieblich ist, dagegen mit der Haut verwachsen und mit dieser sich nach allen Seiten verschieben läßt (Lipom). Am Halse zwischen Kehlkopf und Zungenbein eine weiche kirschgroße, rundliche Schwellung, die mit der Unterlage verwachsen ist und die Bewegungen des Kehlkopfes mitmacht.

Mit der Schlundsonde kommt man in der Höhe des Kehlkopfes auf ein Hindernis, das sich jedoch, nachdem man die Sonde ein kleines Stück zurückgezogen hat, meist leicht überwinden läßt, wenigstens mit steiferen Sonden. 46 cm hinter der Zahnreihe stößt man auf ein zweites Hindernis, das sich ebenfalls, wenn man die Sonde etwas zurückzieht und von neuem in einer anderen Richtung wieder einführt, meistens auch mit dicker Sonde überwinden läßt.

In der Nacht hat Pat. ca. 1200 cm von verdautem Blut schwarz gefärbter Flüssigkeit erbrochen.

Diagnose: Hernia epigastrica, Oesophagusdivertikel.

Operation 29. 5. Schnitt über die Schwellung in der Linea alba in vertikaler Richtung. Bei vorsichtigem praeparatorischen Vorgehen gelingt es, einen 2—3 cm langen dünnen Bruchsack freizupraeparieren, der eröffnet wird und Netz enthält. Reposition des nicht verwachsenen Netzes, Tabaksbeutelnaht, Abtragung und Versenkung, Vernähung der Aponeurose mit Silberdraht, Katgutnaht, Hautnaht. Heftpflasterverband.

31. 5. Diese Nacht mehrmals Erbrechen von teils flüssigem, teils geronnenem Blut, im ganzen ca. 500 cbcm Flüssigkeit. Eisblase auf den Leib, Schlucken von Eisstückchen, Gelatineinjektion. Seitdem kein Erbrechen. Sehr vorsichtige Ernährung.

3. 6. Der nach Klystier entleerte Stuhl ist vollkommen schwarz gefärbt. Kein Zeichen einer neuen Blutung, keine Schmerzen.

12. 6. Allmählich wird begonnen, breiige Speisen zu geben. Pat. verträgt diese gut; keine Druckempfindlichkeit der Magengegend. Wunde per primam geheilt.

22. 6. Pat. verträgt jetzt gut geschabtes Fleisch, auch etwas Brot. Beschwerden von Seiten des Magens sind nicht wieder aufgetreten. Wunde gut vernarbt. Pat. wird mit Leibbinde entlassen, bleibt noch bezüglich der Diät in Behandlung.

März 1906: Persönliche Untersuchung: Bruch nicht wieder aufgetreten. Narbe fest, nicht druckempfindlich. Pat. hat noch öfter Erbrechen, hauptsächlich schleimiger Massen gehabt, mußte deshalb mehrere Male einige Tage die Arbeit aussetzen. Pat. verträgt nur ganz leichte Speisen. Besonders abends nur geringe, leicht verdauliche Kost, sonst regelmäßig vor oder gleich nach dem Zubettgehen Erbrechen. Allgemeinzustand verhältnismäßig gut.

Fall IV.

Anamn.: Kesselschmied Christian Kamm, 60 Jahre, Kiel. Aufnahme 15. 6. 04.

Seit etwa 3 Jahren leidet Pat. an Leistenbruch. Vor 2 Jahren angeblich Magenkatarrh gehabt. Seit $^1/_4$ Jahre hat er stets nach dem Essen heftige Schmerzen, die etwa $1^1/_2$ Stunde nach der Mahl-

zeit auftreten; sie sind am stärksten nach schweren Speisen, besonders Kartoffeln und Fleisch. Sie beginnen etwa 3 Finger breit über dem Nabel und gehen bis 2 Finger breit unter denselben. Erbrechen hatte Pat. nie, öfter starkes Aufstoßen nach dem Essen. Appetit war stets gut, Pat. hat in 5—6 Wochen 17—18 Pfund abgenommen.

Status: Großer kachektisch aussehender Mann von kräftigem Knochenbau. Zunge trocken, stark belegt; Schleimhäute blaß. Verlängertes Expirium, einige bronchitische Geräusche. Abdomen weich, schlaff. Etwa in der Mitte zwischen Nabel und Processus xiphoideus findet sich eine rundliche Prominenz der Haut in der Linea alba, bedingt durch einen pilzförmigen, der Linea alba aufsitzenden, etwa kastaniengroßen, leicht höckerigen, wenig druckempfindlichen Tumor. Derselbe imponiert als ein durch die Bauchwand durchgetretener Netzknoten.

Durch diesen Befund wird jedoch die Kachexie nicht erklärt. Magenuntersuchung ergibt Fehlen der freien H Cl, und reichliche freie Milchsäure. Daher Verdacht auf Carcinoma ventriculi.

Operation: 17. 6. Medianer Bruchschnitt. Die Hernia epigastrica erweist sich als ein fixierter Netzbruch. Das Netz wird abgebunden Die Untersuchung des Magens ergibt einen großen der kleinen Kurvatur angehörenden Tumor augenscheinlich carcinomatösen Natur. Lymphdrüsen der Umgebung bis Bohnengröße geschwollen, deutlich carcinomatös. Deshalb Gastroenterostomia retrocolica prosterior mit Knopf. Verschluß der Wunde, Verband.

20. 6. Erbrechen, Aufstoßen, große Mattigkeit. Starke Druckempfindlichkeit des Abdomens. Temp. 38,9. Campher, Kochsalzinfusion mit Zucker und Kognak.

28. 6. Zustand nur wenig verändert. Ernährung per os wird schlecht vertragen, meist danach langanhaltendes Aufstoßen und Brechneigung. Am linken Bein hat sich infolge marantischer Thrombose ein starkes Oedem entwickelt.

9. 7. Nahrung per os in kleinen Mengen vertragen, doch stets längeres Aufstoßen.

23. 7. Keine wesentliche Besserung des Ernährungs- und Kräftezustandes. Schwellung des linken Beines zurückgegangen. Knopf bisher nicht gefunden. Wird heute nach Hause transportiert.

März 1906: Pat. ist gestorben.

Fall V.

Anamn.: Arbeiter Nikolaus Beckmann, 47 Jahre, Großnordende bei Uetersen. Aufnahme: 9. 10. 05.

Pat. bekam Mitte Mai Schmerzen etwas rechts an dem unteren Ende des Sternums, die langsam schlimmer wurden. Nach dem Essen traten die Schmerzen heftiger auf. Der Arzt verordnete

Bettruhe und Pulver. Nach 14tägiger Kur „ging das Magenblutgeschwür durch", wobei ihm aus Mund und After Blut kam, aus dem Munde fast faustgroße Stücke. Sonst nie Erbrechen, Stuhlgang normal. In letzter Zeit hat Pat. Schmerzen, die vom Unterleib bis zur Brustwarze, hauptsächlich rechts, hinziehen. Der Arzt schickt ihn wegen eines erbsengroßen Knotens in der Gegend des Nabels hierher. Pat. hat seit Beginn der Erkrankung etwa 30 Pfund abgenommen. Außerdem seit 10 Jahren Anschwellung der linken Leistengegend, die in der letzten Zeit etwa wallnußgroß geworden ist. Kein Bruchband getragen.

Status: Mittelkräftiger, abgemagerter Mann, gesunde Gesichtsfarbe. Leib etwas eingezogen, weich, gut abtastbar. In der Linea alba dicht oberhalb des Nabels fühlt man ein erbsengroßes hartes Geschwülstchen, wenig druckempfindlich. — In linker Leistengegend vor dem äußeren Leistenring eine wallnußgroße, knorpelharte, wenig druckempfindliche Geschwulst, die sich in den Leistenkanal durch einen dünnen und weichen Stiel fortsetzt. Keine Veränderung beim Husten.

Magenuntersuchung ergibt Fehlen der freien H Cl, dagegen reichlich Milchsäure. Probefrühstück schlecht verdaut.

Verdacht auf Magencarimom, deshalb:

11. 10. Probelaparotomie: Es wird ein großes inoperables Carcinom des Magens gefunden, das der Hinterwand anzugehören scheint, und zu Drüsenmetastasen geführt hat Schluß der Bauchwunde ohne weiteren Eingriff.

21. 10. Wunde per primam geheilt. Noch heftige Schmerzen. Morphium.

23. 10. Mit Brief an den Arzt entlassen.

Fall VI.

Anamn.: Kuhhirte Johann Hinrichsen, 71 Jahre, Brammer. Aufnahme: 5. 2 06.

Der alte Mann gibt an, er sei außer einer Lungenentzündung im Jahre 1864 immer gesund gewesen. Am 1. November habe er auf einmal, ohne daß er vorher etwas bemerkt hätte, nicht mehr essen können, da es ihm im Halse stecken blieb. Als er sich dann zufällig etwas bückte, habe er in der Magengegend drückende Schmerzen verspürt. Diese sind seit dieser Zeit beim Bücken immer vorhanden; er hat auch ein kleines Knötchen in der Magengegend seit dieser Zeit gespürt. Dagegen sind die anderen Beschwerden wechselnd, manchmal geht weder Flüssiges noch Festes durch, Schmerzen im Hals hat er nicht, Blut wurde nie erbrochen; Pat. leidet an trägem Stuhl.

Status: Kleiner, alter Mann von mäßigem Ernährungszustand und reduziertem Kräftezustand, verhältnismäßig gesundem Aus-

sehen. Etwas oberhalb der Mitte zwischen Processus xiphoideus und Nabel befindet sich in der Linea alba ein bohnengroßes, hartes, leicht bewegliches, gestieltes Knötchen, unter der Haut verschieblich; es ist leicht druckempfindlich, ebenso seine ganze Umgebung. Bei Husten oder Pressen wird es deutlich unter der Haut sichtbar und ist dann leichter zu palpieren. — In Nabelhöhe findet sich auf der linken Bauchseite, etwas links an der Wirbelsäule gelegen, eine wurstförmige (8:4 cm), quer verlaufende, druckempfindliche Resistenz, welche der hinteren Bauchwand anliegt. Die pulsierende Aorta ist fühlbar nach innen vom Tumor gelegen. Mit Sonde 40 kommt man bei der Schlundsondierung 24 cm hinter dem Lippenrande auf eine Verengung, die aber mit Sonde 33 glatt durchgängig ist und nur der physiologischen Verengerung an der Bifurkation entspricht.

7. 2. 06., Abends. Temp. 38,9. Reichlich schleimiger Auswurf. Links hinten über der Lunge Dämpfung, abgeschwächtes Atmen, Rasseln. Rechts hinten verschärftes, vesiculäres und teilweise bronchiales Atmen, etwas Giemen und Schnurren. Brustprießnitz. Pulv. campt. benz. 3mal tägl.

8. 2. Temp. wieder abgefallen, Puls unregelmäßig. Abends wieder leichte Temperatursteigerung.

10. 2. Pat. steht auf. Er hat heute beim Mittagessen wieder nichts hinabgebracht; reichlich schleimiger Auswurf. Puls gebessert.

11. 2. Befund derselbe, Auswurf reichlich. Es wird heute wieder alles ohne Beschwerden und Hindernis verzehrt.

13. 2. Probefrühstück. Beim Versuch dasselbe auszuhebern, kommt man 24 cm hinter dem Lippenrande auf einen Widerstand, der nicht zu überwinden ist, doch werden die Bestandteile des Probefrühstücks aus einer oberhalb dieser Striktur gelegenen Erweiterung des Oesophagus ausgehebert, natürlich unverdaut. Beim Essen ist der Zustand der Durchgängigkeit wie bisher abwechselnd. Gewicht 98 Pfund gegen 130 Pfund im November.

Diagnose: Hernia epigastrica, Oesophagasstenose (Ca.)

Deshalb wird beschlossen die Gastrostomie auszuführen.

15. 2. Operation unter Lokalanästhesie. Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse Etwas rechts von der Linea alba liegt eine Fetthernie, die Oeffnung wird in der Längsrichtung und durch die Bruchpforte die typische Gastrostomie angelegt.

1. 3. Heilungsverlauf ohne jede Störung. Ernährung in gutem Gange

6. 3. 06. Ueberführung in das städtische Krankenhaus.

Bei den letzten 3 Fällen ist die richtige Diagnose bei der ersten Aufnahme nicht gestellt worden. In dem ersten dieser Fälle (Fall VII) stellte sich bei der Operation heraus,

daß es sich gar nicht um eine Hernia epigastrica handelte. Die Beschwerden sind in diesem Falle auf eine Magenerweiterung und vielleicht auf einen damit verbundenen Magenkatarrh zurückzuführen, der sich jetzt gehoben zu haben scheint.

Im Fall VIII konnten alle Beschwerden durch die Hernia epigastrica erklärt werden. Diese wurde operiert und Pat. entlassen. In den nächsten 3 Wochen verstärktes Auftreten der früheren Beschwerden, deshalb erneute Aufnahme. Es wurde jetzt ein Oesophaguscarcinom konstatiert.

Bei dem letzten Fall IX bestanden nach der Operation der Hernie Beschwerden, die wohl als nicht mit der Hernie in Zusammenhang stehend erkannt wurden, es konnte aber keine bestimmte Diagnose gestellt werden, und Pat. wurde deshalb entlassen. Schon nach 10 Tagen erneute Aufnahme, weil sich sehr heftige Beschwerden eingestellt hatten. Es entwickelte sich in kurzer Zeit das Bild einer schweren Rückenmarkskompression, deren Folgen auch durch eine Operation nicht aufgehalten werden konnten, und die nach 3 Wochen zum Exitus führten. Die Autopsie ergab, daß die Rückenmarkskompression nach einer Wirbelmetastase bei Carcinoma prostatae eingetreten war. Die letzte Krankengeschichte ist nur im Auszug wiedergegeben.

Fall VII.

Anamn.: Bäcker Martin Wittig, 30 Jahre, Kiel. Aufnahme 3.6.03.

Herbst 1902 bekam Pat. in der Magengegend Krämpfe, die eine Stunde anhielten und alle 4 Wochen wiederkehrten. Gegen Weihnachten kamen die Krämpfe öfter und heftiger, sodaß Pat. zum Arzt ging, der Diät verordnete. Bis April blieben die Krämpfe weg; dann kamen sie viel heftiger wieder und dauerten an. Pat. vom Arzt in die Med. Klinik geschickt, die ihn zur Operation hierherschickt.

Status: Kleiner, magerer, blasser Mann. Herz: systol. Geräusch über der Mitralis, 2. Pulmonalton nicht accentuiert. Untere Magengrenze reicht bis fingerbreit unterhalb des Nabels. In der Mittellinie in der Mitte des Epigastriums eine erbsengroße lappige Geschwulst, die sich zurückdrücken läßt, danach glaubt man eine kleine Lücke zu fühlen. Beim Husten hebt sich die Gegend des Annulus inguinalis abdominalis gleichmäßig stark beiderseits vor. Kein Bruch.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Operation 6. 6. Medianer Schnitt im Epigastrium über die Mitte der kleinen Geschwulst. Es findet sich aber nur eine kleine Fettgeschwulst, die vor der intakten Aponeurose liegt und keine Verbindung mit dem praeperitonealen Fett hat. Keine Hernia epigastrica ist zu finden und auch nach Durchtrennung der Aponeurose nicht. Sorgfältige Naht der Linea alba mit Silberdrahtnähten, Fascienkatgutnaht, Hautzwirnnaht. Verband.

16. 6. Heilung p. p., Entfernung der Nähte.

25. 6. Mit Bauchbinde beschwerdefrei entlassen.

März 1906: Schriftliche Auskunft. Nach der Entlassung bis Juni 1905 jedes Jahr 2—3 mal schwer magenkrank gewesen. Seit dieser Zeit bei ruhiger Arbeit in großen luftigen Arbeitsräumen, regelmäßigem Leben und strenger Diät völlig beschwerdefrei.

Fall VIII.

Anamn.: Schmied Friedrich Krieger, 42 Jahre, Gaarden. Aufnahme 28. 12. 05.

Pat. leidet seit einem Jahre an schmerzhaften Empfindungen in der Magengegend, die sich gelegentlich zu heftigen Schmerzanfällen steigerten. Aerztliche Behandlung brachte nur vorübergehend Besserung. Seit Sommer 1905 bemerkt Pat. eine Geschwulst oberhalb des Nabels, die sich leicht fortstreichen ließ, aber bald wieder erschien. Morgens trat häufig Erbrechen nach dem Frühstück ein. Seit 4 Wochen ist das Erbrechen so häufig geworden, daß Pat. wesentlich abmagerte. Appetit stets gut.

Status: Blasser, kräftig gebauter Mann in noch immer ziemlich gutem Ernährungszustande. Doch bestehen die Zeichen der Abmagerung. Leib weich, gut abtastbar. In der Mittellinie oberhalb des Nabels ist eine flache umschriebene Geschwulst in 2 Markstückgröße sichtbar. Der Mittelpunkt der Geschwulst liegt 2 Querfinger oberhalb und etwas nach rechts von der Mittellinie. Die Geschwulst liegt fühlbar zwischen Haut und Aponeurose, sie ist weich und druckempfindlich. Beim Betasten wird sie kleiner und verschwindet schließlich ganz. Jetzt fühlt man in der Aponeurose eine kleine Lücke, in der sich beim Husten Eingeweide deutlich fühlbar andrängen. Sonst Palpationsbefund negativ.

Operation 30. 12. Querschnitt über die Stelle der Anschwellung. Freilegung eines halb wallnußgroßen Fettklümpchens in der Mittellinie, das aus einem queren, ca. 1 cm langen Schlitz der Aponeurose herauskommt. Erweiterung des Schlitzes, Eröffnung des kleinen Bruchsackes. Abtragung nach Tabaksbeutelnaht; querer Verschluß der Aponeurose durch 5 Silberdrahtnähte, versenkte Katgutnaht, Hautzwirnnaht. Heftpflasterverband.

10. 1. Heilung p. p., Entfernung der Nähte.

18. 1. Mit Leibbinde entlassen.

3. 2. 06. Der behandelnde Arzt teilt mit, daß es dem Pat. sehr schlecht ergeht und derselbe fast keine Nahrung zu sich nehmen kann. Daraufhin

6. 2. 06 erneute Aufnahme.

Anamn.: Kurz vor seiner Entlassung geringe Beschwerden gehabt. Aus den damaligen Erscheinungen ließ sich nichts Bestimmtes schließen. Jetzt haben sich die Magenbeschwerden sehr verschlimmert. Er kann nur noch flüssige Speisen und Getränke zu sich nehmen. Alle festeren Speisen muß er sofort nach dem Essen wieder erbrechen.

Status: Der Mann sieht sehr anämisch aus, Kräftezustand und Ernährungszustand mangelhaft. Die Bruchnarbe ist völlig verheilt, im Abdomen ist keine Resistenz fühlbar.

Die Schlundsondierung ergibt, daß die Sonde Nr. 29 42 cm hinter der Zahnreihe stecken bleibt, während die Sonde Nr. 26 dieses an der Cardia gelegene Hindernis durchdringt.

Flüssige Speisen gelangen ohne Beschwerden in den Magen.

Diagnose: Oesophagusstenose.

9. 2. Nach Hause in die Behandlung des Hausarztes entlassen.

März 1906: Schriftliche Auskunft: Pat. ist sehr matt, kann nur noch 5 Min. außerhalb des Bettes sein. Pat. kann kaum noch Milch vertragen.

Fall IX.

Anamn : Steuerer Heinrich Meyer, 45 Jahre, Holtenau. Aufnahme 2. 3. 04.

Pat. hat seit Anfang November 1903, als er einen schweren Korb aufheben wollte, Schmerzen im Leib, besonders im rechten Mesogastrium, die innerlich bis zum Rücken und herunter bis zum dritten Lendenwirbel zogen. Wegen dieser Beschwerden vom 5. 1. 04 bis 23. 2. 04 in der Mediz. Klinik ohne Erfolg behandelt. Auf Rat des Hausarztes kommt Pat. jetzt, um sich die kleinen Geschwülste in der Linea alba oberhalb des Nabels operieren zu lassen, in die hiesige Klinik. Diese sind in der Mediz. Klinik auch bemerkt worden. Außerdem seit Ende September Abnahme des Sehvermögens o. d. In der hiesigen Augenklinik 3. 11. 03 Retinitis albuminurica festgestellt, am 17. 12. 03 Atrophie des Sehnerven o. d. Während der Behandlung in der Med. Klinik Urin eiweißfrei.

Status: Mittelgroßer abgemagerter Mann mit geringem Fettpolster und mäßiger Muskulatur. In der Linea alba oberhalb des Nabels finden sich 2 etwa mandelgroße, flache, druckempfindliche Geschwülste, über denen die Haut verschieblich ist, am deutlichsten beim Stehen des Pat. sichtbar. Im rechten Zwischenrippenraum findet sich eine ähnliche, etwas kleinere und auf der Unterlage

verschiebliche Geschwulst, weniger empfindlich, die den Eindruck eines Fibroms macht.

Operation 5. 3. 5 cm langer Schnitt in der Mittellinie dicht über dem Nabel. Nach Freipräparieren der Aponeurose sieht man, daß aus der Linea alba eine etwa kirschgroße Fettgeschwulst durch einen Schlitz hervorgetreten ist. Ein Einschnitt in dieselbe zeigt, daß sie einen lipomatösen Bruchsack darstellt. Quere Erweiterung des Schlitzes, Tabaksbeutelnaht des Peritoneums, Abtragung des Bruchsackes, quere Vereinigung der Aponeurose mit Silberdrahtnähten, Katgutnaht, Hautnaht längs verlaufend. 2 Querfinger breit unterhalb des Processus xiphoideus 4 cm langer Hautschnitt in der Mittellinie, die hier gefühlte Geschwulst erweist sich als ein kirschgroßes Lipom, Aponeurose unversehrt, Katgutnaht. Hautnaht.

7. 3. Pat. klagt noch immer über Schmerzen im Rücken, sonst Allgemeinbefinden gut.

13. 3. Heilung p. p, Entfernung der Nähte.

19. 3. Wunde gut vernarbt. Beim Husten keine Vorwölbung der Regio epigastrica mehr fühlbar. Pat. heute mit Leibbinde nach Hause entlassen. Er klagt noch immer über Schmerzen, die von der rechten Seite nach der Lendenwirbelsäule hin ausstrahlen. Ein objektiver Befund ergibt sich nur in so fern, als im sechsten Intercostalraum rechterseits sich eine kleine auf Druck angeblich sehr schmerzhafte, seichte Vorwölbung findet. Ein Grund, dieselbe als Abscеß anzusprechen, ergibt sich nicht.

29. 3. 04. Da sich bei Pat. jetzt eine Schwellung im Rücken zeigt, wird Pat. vom Hausarzt heute wieder der Klinik überwiesen. Pat. klagt jetzt über starke Schmerzen, die vom Rücken nach dem unteren Bauch hin ausstrahlen, sowie über taubes Gefühl und Prickeln in beiden Beinen. Stuhlgang angehalten, Harnentleerung unregelmäßig.

Es stellt sich heraus, daß in der Höhe des 6. und 7. Brustwirbels eine taubeneigroße, sehr schmerzhafte Geschwulst rechts neben der Wirbelsäule sich befindet, die sehr prall ist und deutlich fluktuiert. Der Dornfortsatz des 7. Brustwirbels ist sehr druckempfindlich. Die Wirbelsäule ist im Bereiche der Geschwulst deutlich kyphotisch. Stauchungsschmerz nicht vorhanden.

Patellar- und Achillessehnenreflexe lebhaft gesteigert, Fußklonus sehr ausgesprochen. Bauchdecken- und Cremasterreflexe undeutlich.

Schmerzempfindung, Temperatursinn, Beweglichkeit der Gliedmaßen erhalten. Retentio urinae et alvi.

In den folgenden Tagen entwickelt sich das Bild einer Medullarcompression, das durch eine Glissonsche Schlinge nur leicht gebessert wird. Es tritt dann schwere Haematurie hinzu. Eine Operation vermag Pat. nicht zu retten (Laminektomie). Am

17. 4. tritt der Exitus nach urämischen Erscheinungen und allgemeinem Kräfteverfall ein.

Die Autopsie ergibt als wesentlich hier interessierenden Befund: Wirbelmetastase bei Carc. prostatae, Compression der Medulla, Pyelonephritis beiderseits.

Diese letzten Fälle beweisen uns also, wie vorsichtig wir in unserer Diagnose sein sollen. Ebenso wichtig ist jedoch die Mahnung, die sie an uns ergehen lassen, eine vorsichtige Prognose bei der Hernia epigastrica zu stellen. Man soll diese nur dann als günstig bezeichnen, wenn man jede andere, besonders Magenerkrankung, ausschließen kann. Da dies aber in manchen Fällen sehr schwierig oder unmöglich ist, soll man eine Frist von einem halben bis zu einem ganzen Jahr ansetzen und dem Pat. sagen, wenn diese Zeit ganz beschwerdefrei verstrichen ist, werden die alten Beschwerden nicht wieder auftreten. Besonders bei älteren Leuten soll wegen des möglichen Bestehens eines Carcinoms diese Frist nicht zu kurz gestellt werden. Denn wenn ein Patient, dem man völlige Gesundheit vorhergesagt hat, mit denselben oder heftigeren Beschwerden nach kurzer Zeit wiederkommt oder sogar an Carcinom zu Grunde geht, so trägt das prognostische Versehen, wie Witzel treffend sagt, nicht zum Ruhm seines Arztes bei.

* * *

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Professor Dr. Helferich für die gütige Ueberlassung des Materials und ihm, wie Herrn Assistenzarzt Dr. Axhausen, für die liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ahlborn, Dissertation Jena 1895.
Berger, Zentralblatt für Chirurgie 1896 pag. 285.
Bohland, Berliner klinische Wochenschrift 1894 pag. 774.
Bonnet, „De la cure radicale des Hernies épigastriques“ Thèse de Paris 1887.
Cooper, Weimar 1883 „Anatomische Beschreibung und Behandlung der Unterleibsbrüche“.
Deutsche Chirurgie pag. 355.
Dittmer, Dissertation Bonn 1889.
Franz, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 51 1899.
Friedrich, „Ueber die Hernia epigastrica“, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 52 1904.
Fröhlich, Dissertation Göttingen 1892.
Garengeot, 1743 „Mémoires sur plusieurs hernies singulieres“ in den Mémoires de l'académie royale de Chirurgie T. I. p. 705.
Göbell, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 52 pag. 347.
Greiffenhagen, Virchow-Hirsch 1892 II. pag. 620.
Günz, „De ventriculi hernies“ Leipzig 1744.
Hubbauer, Virchow-Hirsch 1870 Bd. II.
Keiler, Zentralblatt für Chirurgie 1900 pag. 699.
König, Spezielle Chirurgie 1904 Bd. II.
Lanz, Zentralblatt für Chirurgie 1887 pag. 507.
Lenhoff, Berliner klinische Wochenschrift 1898 pag. 647.
Le Page, „Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques“ Thèse Paris 1888.
Leveillé, Nouvelle doctrine chirurgicale Paris 1812 T. III.
Lücke, Zentralblatt für Chirurgie 1887 pag. 69.
Matthey, Dissertation Würzburg 1887.
Rauert, Dissertation Kiel 1890.
Rehn, Deutsche Klinik 1905 pag. 1226 149. Lieferung.
Richter, „Ueber die Hernien der Linea alba“ Langenbecks Archiv Bd. 42, 1891.
Riedel, „Die Hernia retrofascialis et muskularis der vorderen Bauchwand“ Langenbecks Archiv Bd. 66, 1902.
Roth, „Ueber die Hernia der Linea alba“ Langenbecks Archiv Bd. 42, 1891.
Roser, „Wie entstehen die Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten?“ Marburg 1889.

Sammlung ärztlicher Obergutachten aus den „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1897—1902".
Segger-Bethmann, Dissertation Kiel 1900.
Thies, Dissertation Kiel 1903.
Thomann, „Der Magenbruch" Wiener mediz. Jahrbücher 1885.
Uhde, Langenbecks Archiv, Bd. XI.
Vidal, „Des hernies ombilicales et épigastriques" Thèse d'aggregation en chirurgie 1848.
Vidal, Traité de Pathologie externe 1851 T. IV.
Völkers, Mitteilungen aus der Hamburger Staatskrankenanstalt 1899, II, pag. 153.
Walter, Dissertation Bonn 1850.
Wendel, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 65.
Wernher, „Von den Fettbrüchen und bruchähnlichen Fettgeschwülsten" Virchows Archiv 1869 Bd. 47.
Wiesinger, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1903 Bd. 67, pag. 91.
Witzel, „Ueber den medianen Bauchbruch". Sammlung klinischer Vorträge 1890 N. F. N. 10.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Josef Hubert Wolff, geboren den 5. Februar 1882 zu Garzweiler (Rheinland), katholischen Bekenntnisses, bestand nach 9jährigem Besuch des Gymnasiums zu Elberfeld das Abiturientenexamen Februar 1901. Ich studierte dann Medizin im Sommer-Semester 1901 in Freiburg i. Br., im Winter-Semester 1901/02 in Würzburg, im Sommer-Semester 1902 und Winter-Semester 1902/03 in Kiel, wo ich am 2. März 1903 die ärztliche Vorprüfung bestand. Ich diente im Sommer 1903 als Einjährig-Freiwilliger beim 1. Königl. Bayerischen Infanterie-Regiment zu München, studierte im Winter-Semester 1903/04 und Sommer-Semester 1904 in Berlin. Seit Herbst 1904 besuchte ich die Universität zu Kiel und beendete hier am 16. Februar 1906 das medizinische Staatsexamen.